



RICHIESTA RIDUZIONE TARIFFA DELL'ASILO NIDO PER MALATTIA

Alla Responsabile
della Cooperativa
che ha in gestione l'Asilo Nido
del Comune di CAVARZERE

Il sottoscritto (cognome e nome).....
recapito telefonico casa.....cellulare.....
genitore di (cognome e nome)
frequentante l'Asilo Nido Comunale

CHIEDE

La riduzione della tariffa a seguito malattia del proprio figlio/a

dal.....al.....

Allega a tale scopo il certificato medico **contenente la prognosi della malattia**

Cavarzere,

Firma

.....

N.B. La riduzione può essere richiesta a seguito di una malattia di almeno 10 giorni consecutivi (compresi sabato e domenica) nello stesso mese.

La domanda dovrà essere presentata con le seguenti modalità:

➤ Presso l'asilo Nido Comunale insieme al certificato medico.